

Klinische Beobachtungen über Lage und gonorrhoeische Erkrankung accessorischer Gänge am Penis

INAUGURAL - DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER
MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE
AN DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN.

VON

Friedrich Simon
aus Gladenbach i. H.

Tag der Promotion: 15. Oktober 1915

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Heffter.

Referent: Prof. Dr. Lesser.

Meinem lieben Vater
und dem
Andenken meiner lieben Mutter
gewidmet

Die älteste Mitteilung, die wir über einen accessorischen Gang am Penis haben, stammt nach Stieda von Vesal, *De humani corporis fabrica* 1543, der an der glans penis zwei Oeffnungen vorfand, seiner Meinung nach eine für den Samen und eine für den Urin. Andere ältere Mitteilungen über accessorische Gänge am Penis rühren von Guilelmus Fabricius Hildanus, 1560—1634, und Baillie, 1794, her. 1885 beschreibt Oedman son zehn Fälle von paraurethralen Gängen, die am Rande des orificium externum urethrae münden und in der Harnröhrenwand gelegen sind; gleichzeitig beschreibt er einige Fälle präputialer Gänge. Im Anschluß an sein Referat berichtet Pontoppidan, 1885, von paraurethralen Gängen in den Labien des orificium urethrae. Jamin beschreibt 1886 einige in den Urethrallippen liegende Gänge. Lejars veröffentlicht 1888 eine Sammlung von Fällen, bei denen neben der Urethra Gänge sich vorfanden.

In Deutschland war Touton der Erste, der die gonorrhöisch erkrankten Präputial- und Paraurethralgänge genauer untersuchte. Er beschreibt in seiner Arbeit ein 1 cm langes Gebilde neben der Raphe praeputii und ein solches rechts neben dem Orificium externum; er spricht dort von Folliculitis praeputialis gonorrhöica. Im Jahre 1890 erschien Jadasohns Arbeit „Ueber die Gonorrhoe der praeputialen und paraurethralen Drüsengänge.“ Er schildert dort Fälle von kirschkerngroßen Knoten am Präputium, von

Gängen einige Millimeter vom Orificium externum entfernt und einige Fälle von Gängen an der Unterfläche des Penis.

1891 berichtet Fabry von einem intrapraeputialen Gang neben dem Frenulum und Taruffi von „in Kanäle umgewandelten Urethraldrüsen,“ „canaux se terminant en cul-de-sac.“ 1892 beschreibt Aldor an der Harnröhrenmündung einen zwei cm langen in die Urethra führenden Gang. Einen ähnlichen fand 1893 Lang; der Gang befand sich unterhalb des Orificium externum und führte in die Harnröhre. In den „Annalen des städtischen allgemeinen Krankenhauses zu München 1895“ berichtet Jesionek über einige präputiale Gänge.

Le Fort spricht in seiner Arbeit „Anomalies fistuleuses congénitales du pénis“ 1896 von „des canaux anormaux du glant et des anomalies fistuleuses du méat,“ von „fistules sospéniennes“ und von „fistules dorsales du pénis.“

1897 beschreibt Rona Gänge, die am Orificium urethrae ausmünden, solche bei Hypospadie, solche, die am Rande des Präputium liegen, solche, die an der Innenfläche der Vorhaut ausmünden und Gänge an der Unterfläche des Penis, in der Raphe. Deutsch berichtet 1898 von einer Cyste am Präputium, die durch Verschuß eines paraurethralen Ganges entstanden sein soll. Vier Jahre später erschien Paschkis Arbeit „zur Kenntnis der accessoriſchen Gänge am Penis“. Er fand bei einigen Hundert Leichen zwölf Fälle, bei denen accessorische Gänge vorhanden waren, wie an der Unterseite der glans, 3 mm von der unteren Commissur des Orificium externum entfernt, an der Unterseite des Penis, nahe dem Frenulum und parallel zu diesem, Blindsäcke bei Hypospadie sowie Gänge in den Labien des Orificium externum. 1903 hören wir von Bäumer über einen Gang an der Raphe penis, von Bruhns über präputiale Gänge, und endlich beschreibt Ehrmann einen Fall von drei hintereinander gelegenen Gängen in der Raphe penis; jeder Gang endigte blind und sezernierte. Ausführlich berichtet noch Stieda

in seiner Arbeit „die accessorischen Gänge am Penis“ über die Lage dieser Gebilde und gibt uns darin eine Einteilung, die ich, bevor ich weiter auf die Gänge selbst zu sprechen komme, vorausschicken möchte.

Er unterscheidet:

1. Ductus paraurethrales, die mit der Harnröhre und deren Mündung in Verbindung stehen.
2. Ductus praeputiales, Gänge zwischen den Blättern des Präputiums.
3. Ductus dorsales, Gänge im Rücken des Penis.
4. Ductus cutanei, Hautgänge an der Unterfläche des Penis.

Fast alle am Penis im allgemeinen vorkommenden accessorischen Gänge entsprechen wohl obiger Einteilung; Fälle von z. B. doppelter Harnröhre sind äußerst seltene Vorkommnisse.

Der erste, der sich näher mit der Genese der einzelnen accessorischen Gänge am Penis beschäftigte, war O e d m a n s o n. Er sieht sie als dilatierte und nach außen durchgebrochene Lymphgefäße an. Diese Annahme ohne jeden histologischen Befund wurde später ganz verworfen. Erst T o u t o n untersuchte histologisch und wies dann nach, daß es sich bei den von ihm untersuchten Gängen um Talgdrüsen handelt; auch F a b r y sieht sie als Drüsen an. L i c h t e n b e r g hält die Gänge für Drüsenderivate. Die gonorrhöisch erkrankten zeigten ein von den gesunden verschiedenes histologisches Bild, indem die Drüsenelemente verschwunden und als Folge einer entzündlichen Metaplasie von geschichtetem Pflasterepithel ersetzt waren. J a d a s o h n kann sich T o u t o n s Ansicht nicht anschließen. Der von ihm excidierte Gang war, was seinen Bau anbetraf, von dem von T o u t o n beschriebenen wesentlich verschieden; er spricht sich sonst nicht weiter darüber aus und hält die Gänge für Entwicklungsanomalien. Diese Ansicht wird dann weiter von R o n a vertreten. Er sagt, die Urethra sei als eine nach unten offene Rinne angelegt; als Zeichen ihres Verschlusses gelte die

Raphe und das Frenulum. Er glaubt, daß sich sekundäre Falten in der Schleimhaut bilden, und daß deren Ränder dann verwachsen.

Ehrmann stellt die Tatsache fest, daß die paraurethralen Gänge beinahe stets mit sonstigen Anomalien der Urethra kombiniert vorkommen, also Folge von Entwicklungsstörungen sind; er sagt: „Es handelt sich um verschiedene Partien der embryonalen, nach unten offenen Urethralrinne. Es sind ursprünglich Falten oder Sekundärrinnen, welche in der großen Urethralrinne entstehen und dann verkleben und durch das Unterwachsen von Seiten des Mesoderms weiter verschoben werden.“ Es wurden echte Schleimdrüsen in den Gebilden nachgewiesen. Feleki fand fast bei allen Fällen eine Hypo- oder Epispadie, oder zum mindesten eine kleine Deformität des Orificium urethrae. Auch Pezzoli meint, daß es sich um, durch Entwicklungsanomalien entstandene, häutige Blindsäcke oder um Ausführungsgänge solcher Littréschen Drüsen handelt, die abnormerweise an die Oberfläche gelagert wurden. Paschkis hält für wahrscheinlicher, daß die Gänge aus Epithelpartien samt Drüsenanlagen stammen, die bei der Abspaltung der Urethra von der äußeren Haut selbständig werden und ein Lumen bekommen; „dabei erfolgte die Ablösung teils bis an die Oberfläche der Glans, teils nur bis zur späteren Mündung des Ganges in die Urethra.“

Die accessorischen Gänge am Penis haben zwar an sich nur eine geringfügige Bedeutung, da es sich ja nur um eine Entwicklungsanomalie handelt. Sie gewinnen aber dann einen erheblichen praktischen Wert, wenn sie gonorrhöisch erkranken. In seltenen Fällen kann sich die Infektion mit Gonococcen auf einen solchen accessorischen Gang beschränken und beschränkt bleiben. Meist kommt es aber auch zu einer nachträglichen Ansteckung der Urethra. In der Regel aber ist das primäre eine Gonorrhoe der Harnröhre und eine sekundäre Infektion der accessorischen Gänge.

Für den Verlauf eines Trippers ist die gleichzeitige Erkrankung der Gänge an sich ohne wesentliche Bedeutung; wenn aber die Gonorrhoe dieser Gänge, wie es nicht selten geschieht, übersehen wird, so kann dieselbe die Ursache für ständig sich wiederholende Autoinfektionen bilden und dadurch Rezidive einer in Wahrheit ausgeheilten Urethral-Blennorrhoe vortäuschen. Endlich kann eine isolierte Erkrankung namentlich kleiner accessorischer Gänge ein Ulcus molle oder selbst einen Primäraffekt vortäuschen.

In Deutschland war T o u t o n der Erste gewesen, der die Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand lenkte. J a m i n, 1886, weist bei einem Patienten als Grund einer chronischen Gonorrhoe einen in den Urethrallippen gelegenen infizierten Gang nach. J a d a s o h n gibt uns in seiner Arbeit „Ueber die Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge“ zahlreiche Fälle infizierter Gänge. L a n g beschreibt 1891 einen Fall von gonorrhöischer Urethritis mit beiderseitiger Infektion dort vorhandener Gänge. Auch L a n z berichtet von gonorrhöischer Infektion präputialer Gänge. Von isolierter Erkrankung paraurethraler Gänge am Penis hören wir von R e i c h m a n n im „Archiv für Dermatologie und Syphilis 1899.“ Desgleichen berichtet P e z z o l i 1900 von einem primär gonorrhöisch infizierten paraurethralen Gang, der ganz isoliert blieb. F i n g e r beobachtete die Infektion eines an der Harnröhrenmündung gelegenen Ganges ohne eine solche der Urethra, L i p p m a n n, 1902, einen isoliert gonorrhöisch erkrankten paraurethralen Gang, B ä u m e r, 1903, einen solchen an der Raphe des Scrotums. Desgleichen schildert V o ß einen Fall von isolierter gonorrhöischer Erkrankung eines paraurethralen Ganges. Auch S t i e d a berichtet uns von einem Patienten, der an der Raphe penis einen gonorrhöisch infizierten Hautgang, „Ductus cutaneus“ aufweisen konnte; in der Literatur ist die Beobachtung von Infektion präputialer Gänge eine relativ seltene Beobachtung; vielleicht hat dies darin seinen Grund, daß diese Fälle sehr

oft nicht beachtet oder verkannt werden. Jesionek hat über acht Fälle ausführlicher berichtet.

Ich will nun im Folgenden eine Reihe von hierher gehörigen Fällen mitteilen, die ich in der hiesigen Königlichen Universitäts-Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten beobachtet habe. Zunächst möchte ich eine Zahl von peri- und paraurethralen Gängen im engsten Sinne des Wortes bringen, Gänge in unmittelbarer Umgebung der Harnröhrenwand.

Fall 1.

Am 26. 1. 14 erschien auf der Abteilung der 24 Jahre alte Bildhauer C. St., um sich wegen Trippers behandeln zu lassen. Seit 12 Tagen habe er Ausfluß und behauptete, niemals früher an ähnlicher Erkrankung gelitten zu haben. Der letzte geschlechtliche Verkehr war im November 1913. Wir fanden, aufmerksam gemacht durch diese Anamnese, auf der rechten Urethrallippe eine stecknadelkopfgroße Oeffnung, die in einen 3—4 mm langen blind endigenden Gang führte. Aus der Harnröhre, deren Orificium stark entzündliche Rötung zeigte, ließ sich gonococcenhaltiges Sekret gewinnen. Aus dem paraurethralen Gang ließ sich kein Sekret gewinnen, weshalb wir eine provokatorische Reizung mit 1% Argentinum nitricum vornahmen. Am 31. 1. fanden wir dann in dem Sekret des Ganges Gonococcen in großer Zahl.

Man kann wohl in vorliegendem Falle annehmen, daß Patient bei einem früher stattgefundenen geschlechtlichen Verkehr eine paraurethrale Gonorrhoe erworben hatte, diese von dem Patienten übersehen wurde, und daß die Gonococcen erst später durch Uebertragung auf die Harnröhre jene Urethralgonorrhoe hervorriefen.

Am 2. Februar wurde die Kaustik des Ganges vorgenommen. Von dem Gang war, als sich der Patient im März wieder vorstellte, kaum mehr eine Spur zu sehen, die Gonorrhoe der Harnröhre abgelaufen.

Fall 2.

Ein ähnlicher Fall betraf den 25 Jahre alten Maler K. G., der die Angabe machte, er habe seit 5 Tagen Ausfluß und Brennen beim Urinlassen. Die mikroskopische Untersuchung des Ausflusses ergab Gonococcen in großer Zahl. Patient gab an, verheiratet zu sein und sonst keinen außerehelichen Verkehr gehabt zu haben. Die ärztliche Untersuchung seiner Ehefrau soll keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen einer Gonorrhoe geboten haben. Bei der Untersuchung des Patienten fanden wir auf der unteren Commissur der Harnröhrenöffnung einen 5 mm langen blind endigenden Gang, aus dessen punktförmigen Oeffnung ein Tröpfchen Eiter sich entleerte. Die mikroskopische Untersuchung des Präparates ergab intrazelluläre gramnegative Coccen.

Es gilt bei diesem Fall das bei dem vorigen Gesagte. Wahrscheinlich ist, daß die Infektion der Urethra von dem paraurethralen Gang aus erfolgte, in den vielleicht bei Gelegenheit eines früher stattgefundenen geschlechtlichen Verkehrs Gonococcen deponiert worden waren.

Fall 3.

Der 27 Jahre alte Kaufmann G. L. gibt an, seit einem Tage eitrigen Ausfluß aus der Harnröhre zu bemerken. Der letzte geschlechtliche Verkehr fand vor 7 Tagen statt. Patient war früher nie geschlechtskrank. Es fällt bei dem Patienten zunächst das sehr enge Orificium auf. Bei Druck auf die Harnröhre entleert sich, abgesehen von dem eitrigen Ausfluß der Urethra, aus einem 3 mm langen an der unteren Commissur des Orificium gelegenen Gang reichlich rahmig-eitriges Sekret; die stecknadelkopfgroße Oeffnung des Ganges ist entzündlich gerötet. Die mikroskopische Untersuchung des Sekrets, sowohl des der Urethra als auch des Ganges, ergibt Gonococcen in großer Zahl.

Wir haben hier einen Fall, bei dem sich ein paraurethraler Gang in Verbindung mit einer geringen Entwicklungs-

störung des Penis, mit einer abnormen Enge des Orificium urethrae, findet. Die Infektion in vorliegendem Falle erfolgte wohl in Urethra und Gang gleichzeitig; immerhin spricht auch das lange Incubationsstadium für die Möglichkeit einer Infektion des paraurethralen Ganges und einer sekundären der Urethra.

Fall 4.

Patient A. L., mit Ausfluß aus der Harnröhre seit zwei Jahren, ist während dieser Zeit dauernd in ärztlicher Behandlung gewesen. Das Sekret der Urethra enthält Gonococcen in großer Zahl. Im Frenulum, 1 cm vom Orificium entfernt, ein 8 mm tiefer Gang, aus dem sich ebenfalls gonococcenhaltiges Sekret gewinnen läßt.

Es ist hier wohl anzunehmen, daß trotz dauernder Behandlung die Harnröhre immer wieder von dem bisher unbeachtet gebliebenen paraurethralen Gang aus infiziert wurde.

Der Gang wurde zunächst mit *Argentum nitricum*-Instillationen gespült, worauf die Sekretion desselben sistierte. Die Gonococcen im Urethrasekret sind kaum noch nachzuweisen. Es wird sich an die Instillation weiter die Kaustik des Ganges anschließen.

Fall 5.

Patient C. Br. leidet seit 2 Monaten an Tripper. Aus der Harnröhre entleert sich gonococcenhaltiges Sekret, desgleichen aus einem links neben dem Frenulum gelegenen paraurethralen Gang.

Nachdem der Gang eine Zeit lang mit *Argentum-nitricum*-lösungen behandelt worden war, schritt man nach Aufhören der Sekretion zur Kaustik desselben mit dem Erfolge, daß seit dieser Zeit die Urethralgonorrhoe fast abgelaufen ist. Der Gang ist reaktionslos verheilt.

Fall 6.

Im Mai 1912 suchte der Kellner A. D. die Poliklinik auf. Er gab an, heftiges Brennen beim Urinlassen zu haben; Aus-

fluß habe er nicht. Der letzte geschlechtliche Verkehr habe vor 7 Tagen stattgefunden. Aus der Urethra entleert sich kein Sekret, wohl aber aus einem rechts neben dem Orificium gelegenen Gang, in dem man zahlreiche Gonococcen nachweisen konnte. Als Patient sich nach etwa 10 Tagen wieder vorstellte, fand man auch gonococcenhaltigen Eiter der Urethra. Wahrscheinlich handelte es sich in diesem Falle um einen solchen, bei dem die Harnröhre sekundär von dem primär erkrankten Gang aus infiziert wurde.

Fall 7.

Patient M. L. mit zwei paraurethralen Gängen dicht neben dem Orificium urethrae. Die Harnröhre lieferte nur schleimiges Sekret, ohne Gonococcenbefund, während die Gänge eitriges Sekret, ebenfalls ohne in ihnen Gonococcen nachweisen zu können, absonderten; wohl aber fanden sich zahlreiche andere Coccen und Bakterien, die sich auch in der Urethra, allerdings sehr vereinzelt, nachweisen ließen.

Mit der Verödung der Paraurethralgänge durch Galvanokaustik heilte auch langsam die Harnröhrenaffektion ab.

Es handelte sich um eine nichtgonorrhoeische, durch andere Coccen bedingte, Urethritis und Paraurethritis.

Fall 8.

Patient F. L. mit Urethritis. Aus einem links vom Orificium 5 mm langen Gang Sekretion ohne nachweisbare Gonococcen, wohl aber zahlreiche andere Coccen.

Kaustik des Ganges. Die Urethritis war 6 Wochen später völlig abgeheilt. Von dem Gang ist heute nur noch die den Sitz angehende kleine Narbe zu sehen.

Dieselben Zustände finden wir auch bei den Gängen, die neben Hypospadie vorkommen. Wir finden hier fast immer neben einer Urethralblennorrhoe eine Blennorrhoe der dorsal der Harnröhre liegenden blinden Einstülpungen der glans penis.

Fall 9.

Der 29 Jahre alte Straßenbahnschaffner P. C. gibt an, vor einem Jahre an Tripper gelitten zu haben, der nach seiner Angabe geheilt worden sei. Jetzt verspürt er seit einiger Zeit Brennen in der Harnröhre und etwas Ausfluß aus der Urethra. Ein geschlechtlicher Verkehr soll seit der ersten Infektion nicht stattgefunden haben. Bei der Untersuchung erkennen wir einen leichten Grad von Hypospadie. Dicht oberhalb der Harnröhrenöffnung konstatiert man einen blinden Gang von etwa 1 cm Länge, der eitriges Sekret lieferte. Gonococcen konnten zur Zeit nicht gefunden werden.

Wahrscheinlich wieder ein Fall, bei dem es sich um eine Reinfektion von jenem Gang aus gehandelt hat.

Fall 10.

Patient R. St. mit Hypospadie. An Stelle des orificium externum eine Grube von 5 mm Tiefe. An der oberen Commissur der Urethralmündung eine kleinere Vertiefung, die in einen 6 mm langen Gang führt.

Es läßt sich leider heute nach den Krankenberichten nur noch feststellen, daß der Gang zur Zeit einer Gonorrhoe der Urethra secernierte, nicht aber, welcher Art das Sekret des Ganges war und auf welche Weise die Infektion vor sich ging, ob zuerst der Gang oder die Harnröhre oder beide gleichzeitig infiziert wurden.

Fall 11.

Der folgende Fall behandelt das seltene Vorkommen eines am Rücken des Penis liegenden 5 cm langen Ganges; derselbe lag ganz in der Haut und endigte blind. Vor 2 Jahren acquirierte Patient eine Gonorrhoe, die bis heute noch nicht völlig geheilt sein soll. Seit dieser Zeit soll auch obiger Gang zeitweise wasserhelles Sekret abgesondert haben. Aus der Harnröhre sowie aus dem Gang ist bei der Untersuchung kein Sekret zu gewinnen. Nach einer

provokatorischen Reizung der Urethra sowie des Ganges mit 1 % Argentum nitricum wurden mikroskopisch zahlreiche Bakterien in beiden festgestellt. Dasselbe wurde hinsichtlich des Ganges wiederholt; Gonococcen wurden auch jetzt nicht gefunden.

Vier Wochen später schritten wir zur Galvanokaustik des Ganges, indem man nach Einführung einer Hohlsonde denselben in seiner ganzen Länge verödete. Heute deutet kaum noch eine Narbe den ehemaligen Sitz des Ganges an. Auch die Harnröhrenaffektion ist fast abgelaufen.

Ich komme jetzt zur Schilderung einiger Fälle von gonorrhöisch infizierten Gängen, deren Erkrankung unter dem Bilde eines Abscesses verläuft, richtiger, da es sich um die Eiteransammlung in präformierten Hohlräumen handelt, die mit Epithel ausgekleidet sind, eines Pseudoabscesses-Jada-sonn. Wahrscheinlich kommen diese Pseudoabscesse dadurch zustande, daß, wenn die Oeffnung des paraurethralen Ganges sehr fein ist, dieselbe sich bei der Erkrankung durch die entzündliche Schwellung vollständig schließt.

Fall 12.

Der 24 Jahre alte C. M. gibt an, daß er Februar 1907, nach einer gonorrhöischen Infektion, am Frenulum, neben dem Orificium, eine erbsengroße Schwellung beobachtet habe; dieselbe sei einige Wochen später incidiert worden; es entleerte sich nach dem damals aufgenommenen Bericht reichlich Gonococceneiter. Patient entzog sich dann weiterer Beobachtung. Jetzt 1914 suchte er wieder die Poliklinik auf. An der Stelle, wo zur Zeit der Abscess saß, zeigte sich eine linsengroße Tasche, von der aus man in einen 4 mm langen Gang gelangen konnte. Gonococcen wurden nicht in ihm gefunden.

Fall 13.

Der 30 Jahre alte Barbiergehilfe P. L. kam am 20. 2. 14 in die Poliklinik mit der Angabe, er leide an Tripper, der

er zeitweise selbst behandelt habe. Außerdem gibt er an, vor einem Jahre an der Raphe penis ein erbsengroßes Knötchen beobachtet zu haben; dasselbe sei dann später aufgebrochen und habe reichlich Eiter entleert. Neben einer Urethralgonorrhoe zeigte sich an der Stelle des vor 12 Monaten bestandenen Knötchens ein 5 mm tiefer Gang, der bis auf die Urethra reichte und etwas Sekret lieferte; Gonococcen fanden wir nicht. Patient wurde wegen einer noch bestehenden Epididymitis dem Krankenhaus überwiesen.

Fall 14.

Patient W. Sch. mit chronischer Gonorrhoe berichtet, seit Bestehen seines Trippers bereits zum achten Male an der Unterseite des Penis einen kirschkerngroßen Knoten beobachtet zu haben, der stets nach kurzem Bestand aufgebrochen sein soll, reichlich Eiter entleerte und allmählich verheilte. Bei näherer Betrachtung erkennt man dort dicht neben der Raphe einen leicht geröteten Abszeß, der als Ende eines 2 cm langen auf die Urethra hinlaufenden Stranges imponiert; die Haut über dem Knoten ist verschieblich. Einer weiteren Untersuchung und Behandlung entzog sich der Patient.

Neben den zuletzt beschriebenen Fällen kommen noch zu beiden Seiten des Frenulums sogenannte Pseudoabszesse vor, bei denen es sich wahrscheinlich um gonorrhöisch-erkrankte, abnorm große Littrésche Drüsen handelt. In der Literatur werden sie vielfach als gonorrhöisch-erkrankte Tysonsche Drüsen angesehen. Hinsichtlich der Tysonschen Drüsen hat man sich noch nicht einigen können. Henle sagt mit Recht, die Geschichte dieser Drüsen ist reich an Kontroversen und Irrtümern. Es war mir nicht möglich, das Originalwerk Tysons, in dem von jenen Gebilden die Rede ist, aufzufinden. Wir hören von Sprunk, daß Sappey bei Gelegenheit der Beschreibung eines Orang-

Utans drüsige Körper an der glans erwähnt haben, welche er glandes odorifères nennt. Sprunk meint aus den Citaten von Sappey und Henle schließen zu können, daß Tyson gar keine Beschreibung gegeben, sondern nur die Existenz der Drüsen behauptet hat. Mehr hören wir von Stöhr hierüber; er hält die Benennung der „Glandulae praeputiales“ als Tysonsche Drüsen für nicht berechtigt, weil Tyson damit regelmäßig vorhandene Einsenkungen des Oberflächenepithels, Krypten, bezeichnet, die $\frac{1}{2}$ —1 cm lang meist in der Form einer flachen Tasche in der Nähe des Frenulum praeputii vorkommen.“ Auch Sprunk kommt auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen zu dem Schluß, daß es sich bei den Tysonschen Drüsen um muldenförmige Einsenkungen handelt, die Finger als Crypten bezeichnet. Nachfolgend einige Fälle solcher „Tysonscher“ Abszesse.

Fall 15.

Patient D. K. sucht am 20. 1. 14 die Poliklinik auf und gibt an, seit Juni 1913 an Gonorrhoe zu leiden. Außerdem habe er am Penis seit zwei Monaten ein Knötchen beobachtet, das inzwischen aufgebrochen sein soll. Man erkennt in der Nische, die die Corona glandis mit dem Frenulum bildet, eine erbsengroße Efflorescenz, welche eitriges Sekret absondert. Daneben findet sich in der rechten Lippe des Orificium ein paraurethraler Gang von 4 mm Länge, der blind endigt. Die Untersuchung des Urethrasekrets sowie des Ganges ergibt keine Gonococcen; wohl aber findet man in dem Abszeß rechts vom Frenulum typische Gonococcen.

Nach vollständiger Spaltung des kleinen Abszesses und nachfolgender Ausspülung mit 1 % Argentum nitricum zeigte sich nach zwei Tagen ein spärliches Sekret, in dem sich Gonococcen nicht mehr nachweisen ließen. Der Abszeß heilte dann glatt ab.

Fall 16.

Der 23 Jahre alte W. M. gibt an, seit 5 Tagen Ausfluß aus der Harnröhre und geringe Sekretion rechts neben dem Frenulum beobachtet zu haben. Man sieht in einer Nische rechts vom Frenulum eine knötchenförmige Vorwölbung, aus der sich bei Druck ein Sekret exprimieren läßt, das grambeständige Coccen und außerdem Bakterien aufweist. Wohl aber finden sich im Harnröhrensekret zahlreiche Gonococcen. Man incidierte, spülte nach und erreichte eine Heilung des Abszesses.

Fall 17.

Patient F. S. mit Gonorrhoe, dritte Infektion, gibt an, daß er am Penis links vom Frenulum einen erbsengroßen Knoten beobachte. Das Knötchen ist weder entzündlich gerötet noch schmerzhaft und fühlt sich äußerst derb an. Auf Befragen erfuhren wir, daß dasselbe bereits früher mal perforiert sei, und nach spärlicher eitriger Sekretion habe sich dieser kleine Abszeß wieder verschlossen, woraus dann im Laufe der Zeit dieses harte Knötchen entstanden sei.

Wir haben es hier wahrscheinlich mit einer indurierten Tysonschen Drüse zu tun, entstanden auf der Basis eines sogenannten Tysonschen Drüsenabzesses, die im ersten Augenblick den Eindruck einer Initialsklerose machte.

Fall 18.

Patient L. S. mit Gonorrhoe zum fünften Male. Zu beiden Seiten des Frenulum in den Nischen erbsengroße, leicht gerötete Krötchen mit zentraler Oeffnung, aus der sich bei Druck gelber Eiter entleert. Gonococcen wurden nicht nachgewiesen. Die Knötchen haben vorübergehend schon früher etliche Male an derselben Stelle bestanden und sind auf Gliedbäder mit Kalium permanganicum hin zurückgegangen.

Fall 19.

Patient F. H. mit Ausfluß aus der Urethra seit drei

Tagen. Gonococcen wurden in großer Menge gefunden. Letzter geschlechtlicher Verkehr vor drei Wochen. Seit 14 Tagen beobachtet Patient ferner rechts vom Frenulum eine muldenförmige Vertiefung, die stark entzündet ist, und von der aus man in zwei 4 mm lange Gänge gelangt. Auch hier wurden Gonococcen nachgewiesen.

Es mag in diesem Falle betont werden, daß der Ausfluß aus der Urethra später als die Sekretion der oben beschriebenen Gänge auftrat; es ist also wahrscheinlich, daß die Infektion der Urethra von dort aus erfolgt ist.

Nach Ausspülungen der Gänge mit *Argentum nitricum* sistierte die Sekretion; mit ihr ging auch dann die Entzündung der Umgebung zurück.

Fall 20.

Patient I. R. mit Gonorrhoe zum dritten Male. Am Frenulum links in der Nische ein kleines Knötchen, stark gerötet, mit zentraler sekretliefernder Oeffnung. Gonococcen wurden nicht gefunden. Dasselbe ging unter Umschläge mit essigsaurer Tonerde und Gliedbäder zurück.

Fall 21.

Patient R. B. mit Gonorrhoe seit 4 Wochen. An der rechten Seite des Frenulum eine papulöse Efflorescenz. Keine Sekretion. Bei Incision entleert sich dünnflüssiger Eiter ohne Gonococcen. Ausspülungen des inzidierten Abszesses mit 2 % *Argentum nitricum*. Heilung nach 10 Tagen.

Soweit es für den einzelnen Fall Interesse hatte, habe ich bereits einiges über die Behandlung angefügt. Ich möchte aber zum Schluß noch kurz auf die Therapie besonders eingehen.

Im allgemeinen ist mit einer Spontanheilung wohl nicht zu rechnen. Das gebräuchlichste Mittel, um die Erkrankung zu beseitigen, ist die Verödung durch Injektion von 20 % *Argentum nitricum*, aber man hat dabei nicht die Garantie.

den Gang vollständig zu veröden. Aehnlich verhält es sich bei der Elektrolyse; auch hier führt diese in den seltensten Fällen zur Obliteration des Ganges, weil man naturgemäß mit der Nadel ebensowenig eine vollkommene Zerstörung des Ganges erreicht. Bei den kleinen Gängen wurde in unseren Fällen fast stets die galvanokaustische Verödung derselben nach vorheriger Lokalanaesthesie in Anwendung gebracht. Verletzungen der Harnröhre wurden dabei nie beobachtet; die Erfolge waren in allen Fällen von Dauer. Die großen Gänge wurden extirpiert. Bei den Pseudoabszessen, sowie bei den gonorrhöisch-erkrankten sogenannten Tysonschen Drüsen genügte in der Regel Spaltung und Ausspülung mit einer 20 % Argentum nitricum-Lösung; erst wenn diese Behandlung nicht zum Ziele führte, kam auch für diese Fälle eine galvanokaustische Zerstörung in Betracht.

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, Herrn Prof. Tomaszewski für die Anregung zu dieser Arbeit und die mir dabei erteilten Ratschläge, sowie Herrn Dr. Wollenberg für die liebenswürdige Unterstützung bei Aussuchung der Fälle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur.

- Aldor, Wiener Med. Wochenschr. 1892, Nr. 40.
Bäumer, Berliner dermat. Gesellschaft, 6. Jan. 1903, Ref. Monatsheft f. prakt. Dermat. Bd. 36, 1903.
Bruhns, Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1904.
Bergh, Referat über Oedmanson, Virchow-Hirsch Jahresber. 1885.
Cohn, Deutsche Med. Wochenschr. 1907, Nr. 1.
Deutsch, Archiv f. Derm. 1898, Bd. 45.
Ehrmann, Wien. klin. Woch. 1896, Bd. 47.
— Wien. klin. Woch. 1903.
Ebert, Die männl. Geschlechtsorgane, Handb. der Anat. des Mensch., herausgegeb. von Bardeleben, Bd. 7, Teil 2.
Fabry, Monatsh. für prakt. Dermat. 1891, Bd. 12.
Feleki, Pester Med. Chirurg. Presse, 1892.
Fick, Dermat. Zeitschrift, 1902, Bd. 9.
Groß, Handb. der Geschlechtskrankh., herausg. von Finger u. a.
Haenlein, Diss. Bonn 1894.
Jadasohn, Deutsche Med. Wochenschr. 1890, Heft 25 u. 26.
Jamin, Annales des maladies des org. génito-urin., 1886.
Jesioneck, Annalen des städt. allg. Krankenhauses zu München, 1895.
Katzenstein, Med. Klinik, 1908, Bd. 39.
Lang, Wiener klin. Wochenschr., 1891, Nr. 7.
Lanz, Archiv f. Dermat., Bd. 55, 1901.
Le Fort, Annales des malad. des org. génito-urin., 1896.
Lejars, Annales des malad. des org. génito-urin., 1888.
Lesser, Lehrb. der Geschlechtskr.
Lichtenberg, Münch. Med. Wochenschr. 1905.
— Beitrag zur klin. Chirurgie, Bd. 48, 1906.
Lippmann, Verhandl. der Berl. Derm. Gesellschaft, 1902—1903.
Mankiewicz, Monatsb. f. Urologie, Bd. 9.
Moeller, Archiv für Derm., Bd. 71.
Neuberger, Festschr. z. Feier d. 50j. Bestehens d. ärztl. Vereins Nürnberg, 1902.
Oedmanson, Nord. Med. Archiv Stockholm, 1885. Ref. Monatsh. für prakt. Derm., 1885.
Paschkis, Archiv f. Derm. u. Syphilis, 1902, Bd. 60.

- Pezzoli, Festschrift f. J. Neumann, 1900.
Pontoppidan, Ref. über Oedmanson. Monatsh. f. pr. Derm., 1885.
Reichmann, Archiv f. Derm., 1899, Bd. 49.
Rona, Archiv f. Derm., 1897.
Sprunk, Diss. 1897, Königsberg.
Stieda, Münch. Med. Wochenschr., 1905.
— Die acc. Gänge am Penis, Archiv f. klin. Chirurgie, 1905.
Stöhr, Lehrb. der Histologie.
Spitzer, Wien. Med. Presse, 1905.
Taruffi, Ref. Annales des malad. des org. génito-urin., 1891.
Touton, Archiv f. Derm., 1889, Bd. 21.
Touton, Berl. klin. Wochenschr., 1892, Nr. 51, S. 1305.
Thivrier, Thèse Paris 1898. Contribution à l'étude des complications parauréthrales de la blennorrhagie.
Ullmann, Archiv f. Derm. Bd. 76, p. 94.
Voß, Centralblatt f. d. Krankh. der Harn- u. Sexualorg., 1904.
Wechselmann, Archiv f. Derm. u. Syphilis, Bd. 68, 1903, S. 125.
Winkler, Monatshefte f. Urologie, 1902, Bd. 9.
Zucker кандl, Handbuch der Urologie, 1. Abt.
-

Lebenslauf.

Als Sohn des Kaufmanns Karl Simon und dessen Ehefrau Lina geb. Bachrach wurde ich, Friedrich Simon, mosaischer Konfession, in Gladenbach, Kreis Biedenhopf, am 12. Juli 1888 geboren. Ich besuchte dort die Volksschule, von meinem 12. Lebensjahre an die Oberrealschule zu Marburg, wo ich Ostern 1908 die Reifeprüfung bestand. Meine vorklinischen Semester verbrachte ich in Marburg und München, legte während dieser Zeit die Ergänzungsprüfung im Lateinischen ab und unterzog mich SS. 1910 in Marburg der ärztlichen Vorprüfung. Meine klinischen Semester verbrachte ich in Berlin, wo ich auch das ärztliche Staatsexamen bestand. Meine Medizinalpraktikantenzeit verbrachte ich in Berlin an der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Königl. Charité, an der vorm. Lassar'schen Klinik für Hautkrankheiten und am Krankenhaus Hasenheide. Zuletzt war ich als Assistent an dem letztgenannten Krankenhause tätig.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Berlin: Bier, Bumm, Kraus, Hildebrandt, v. Bergmann, His, Heubner, Lesser, Flügge, Straßmann, Krückmann, Killian, Waldeyer, Passow, Kaiserling, Bonhoeffer, Schmieden, Lewin, Oestreich, Blumreich, Greeff.

In Marburg: Gasser, Zumstein, Disse, Schenk, Meyer, Zinke, Richarz, Korschelt, Kutscher, Lohmann.

In München: Mollier, v. Baeyer.

